

FACULTE de MEDECINE de CAEN

Année 1976

N° 2 / 9

THESE

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

COLITE ULCEREUSE ET MALADIE DE BEHCET

A propos d'une Observation

par

M. Dominique EDET

Né le 21 Mars 1950 à CAEN

Présentée et Scutenué Publiquement le **01 MARS 1976**

Président. M, le Professeur, **A. VALLA**

S.P.E.P.S.C.

FACULTE de MEDECINE de CAEN

Année 1976

N° _____

THESE

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

COLITE ULCEREUSE ET MALADIE DE BEHCET

A propos d'une Observation

par

M. Dominique EDET

Né le 21 Mars 1950 à CAEN

Présentée et Scutendue Publiquement le

Président. M, le Professeur, A.VALLA

S.P.E.P.S.C.

THEATRE OF THE FUTURE

1910

THEATRE OF THE FUTURE

THEATRE

THEATRE OF THE FUTURE

THEATRE OF THE FUTURE

THEATRE OF THE FUTURE

THEATRE OF THE FUTURE



THEATRE OF THE FUTURE

THEATRE OF THE FUTURE

THEATRE OF THE FUTURE

THEATRE OF THE FUTURE



Reproduction du sceau original de la Faculté de Médecine de CAEN fondée en 1438

FACULTE DE MEDECINE

PROFESSEURS

MM. EVRARD	Clinique Chirurgicale A
FABRE	Physiologie
FERNANDEZ	Physique Médicale
FOUCAULT	Pathologie Expérimentale
GUIHARD	Pédiatrie
LACROIX	Clinique et Pathologie Chirurgicale B
LEMENAGER	Clinique Médicale A
LEVY	Clinique Obstétricale
LHIRONDEL Jean	Clinique Médicale Infantile
MOREL Claude	Bactériologie, Virologie
MORIN	Séméiologie Médicale
OLIVIER	Clinique Médicale B
PHELINE	Anatomie
POULAIN	Médecine Opératoire
ROUSSELOT	Anatomie Pathologique
SAVINI	Pharmacologie
VALLA	Médecine Générale et Thérapeutique
VILLEY	Clinique Médicale C

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. DROSDOWSKY	Biochimie Médicale
IZARD	Histologie et Embryologie
POILPRE	Psychiatrie
THERET	Histologie et Embryologie
VENEZIA	Pédiatrie - Génétique

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. ADAM	Neuro-Chirurgie
AUBRIOT	Orthopédie, Traumatologie
BAZIN	Thérapeutique, Réanimation Médicale
BEUVE-MERY	Médecine Interne
BEZARD	Chirurgie Générale
DAVERNE	Electro-Radiologie
Mlle DENIZET	Radiologie
MM. DESCHAMPS	Dermatologie
GAUBERTI	Médecine Préventive et Santé Publique, Hygiène
GIGNOUX	Chirurgie Générale
HOUTTEVILLE	Neurochirurgie
Mme LECACHEUX	Maladies Infectieuses
MM. LECHEVALIER	Neurologie
LECOQ	Ophthalmologie
LEYMARIE	Biochimie Médicale
LOYAU	Rhumatologie
MANDARD	Anatomie Pathologique
MOREL Pierre	Psychiatrie d'Adultes
MOULIN	Pharmacologie
MULLER	Gynécologie, Obstétrique
POTIER J.C.	Médecine Expérimentale
POTTIER M.	Physiologie
QUESNEL	Anesthésiologie
THOMAS	Immunologie, Hématologie
VERWAERDE	Thérapeutique
ABBATUCCI	Radiologie (Maître de Conférences Associé)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550809_0001

A Monsieur le Professeur André VALLA,

dont nous avons eu la chance d'être l'externe pendant un semestre et qui nous a fait l'honneur d'accepter la Présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre plus profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé J.C. VERWAERDE,

qui a essayé de nous inculquer la
rigueur de son esprit systématique;
il a été pour nous un modèle
auquel nous nous efforcerons
toujours de ressembler.

Aux Membres du Jury,

Monsieur le Professeur OLIVIER,

Le Docteur L'HIRONDEL,

Monsieur le Professeur Agrégé DESCHAMPS,

Ils nous ont prouvé l'intérêt
qu'ils portaient à ce travail en
acceptant de le juger.

Nous leur présentons nos respec-
tueux hommages.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux, dont l'enseignement pratique
a su nous donner le goût de la Médecine,

Monsieur le Professeur L'HIRONDEL,

Monsieur le Professeur LACROIX,

Le Docteur DESROSEAUX,

Le Docteur JURET,

Monsieur le Professeur FOUCAULT,

Le Docteur BERNARD,

Le Docteur DUPONT,

Le Docteur MOTTE,

Le Docteur VAUTIER,

Le Docteur SOYER,

Le Docteur HOUITTE,

Le Docteur GOINGUENET,

Le Docteur SAGOT,

Le Docteur LIVORY,

Le Docteur BRETON,

avec tous nos remerciements.

A ma Femme,

avec tout mon amour.

A mes Parents,

avec toute mon affection.

A mon Frère et ma Soeur,

A mes Beaux-Parents,

A ma Famille,

A mes Amis.

P L A N

I - DEFINITION, INTRODUCTION.

II - RAPPEL :

- 1) la triade symptomatique.
- 2) les manifestations articulaires.
- 3) les manifestations rares.

III - LES MANIFESTATIONS DIGESTIVES :

- 1) observation personnelle.
- 2) revue de la littérature.
- 3) essai de classification.

IV - RAPPORTS AVEC LA MALADIE DE CROHN.

V - PATHOGENIE.

VI - TRAITEMENT.

VII - CONCLUSION.

I - DEFINITION

Depuis 1937, date de la découverte par son auteur, la maladie de Behçet se définit comme l'association de la triade clinique :

- aphtose buccale,
- aphtose génitale,
- iritis à hypopion.

Quelques années plus tard, TOURRAINE démontra que la maladie de Behçet n'était en fait, qu'une forme clinique d'une aphtose bipolaire associée à des manifestations systémiques.

Dès lors, la maladie de Behçet s'enrichit de nouvelles localisations : oculaires, cutanées, vasculaires, articulaires, neurologiques, pulmonaires, péricardiques et digestives.

INTRODUCTION

A propos d'une observation personnelle de maladie de Behçet, compliquée de colite ulcéreuse, nous avons pensé qu'il serait intéressant de faire une revue générale de la maladie, puis nous relaterons quelques-unes des vingt cinq observations de colite ulcéreuse publiées

dans la littérature. Enfin, nous envisagerons les localisations digestives, en essayant de voir quel rapport existe avec la maladie de Crohn.

- 0 -

II - RAPPEL

I) LA TRIADE SYMPTOMATIQUE :

* Les lésions buccales :

(90 à 100 % des cas selon TOURRAINE)

Elles se retrouvent bien sûr, sous la forme de lésions aphteuses de la cavité buccale. Encore faut-il s'entendre sur la définition de l'aphte, car toute lésion érosive de la cavité buccale n'est pas obligatoirement d'origine aphteuse.

L'aphte buccal se définit par plusieurs caractéristiques :

- son aspect : c'est une ulcération, à bords nets, de forme arrondie, de quelques millimètres de diamètre, à fond jaune beurre frais et liseré rouge carminé.
- son caractère douloureux avec gêne à la salivation et à la déglutition.
- son siège : préférentiellement gingivo-labial et sur les bords latéraux de la langue, à la face interne des joues.
- son caractère évolutif par poussées de quelques jours à quelques semaines.

* Les lésions génitales :

Elles sont retrouvées moins fréquemment que les lésions buccales (65 % des cas selon TOURRAINE). L'atteinte est plus fréquente chez la femme, sous la forme de lésions vulvaires disséminées et particulièrement pénibles. Parfois, il s'agit de lésion unique et volumineuse, connue sous le nom de "ulcère aigu de Lipschutz". On peut aussi trouver des atteintes du vagin et du col.

Chez l'homme, c'est particulièrement le sillon balano-préputial qui est atteint, ainsi que le scrotum, mais les autres régions de la verge, gland et urètre, peuvent aussi être touchées, réalisant une pseudo-urétrite.

* Les lésions oculaires :

Elles sont très importantes à connaître, car ce sont souvent elles qui amènent le malade à consulter, lorsque celui-ci a négligé des manifestations buccales ou cutanées.

De plus, ce sont des lésions particulièrement graves entraînant fréquemment une cécité lorsqu'elles sont bilatérales.

L'atteinte la plus classique, sinon la plus fréquente, est l'iritis récidivante à hypopion, décrite par Behcet, et que certains auteurs, peut-être par esprit puriste vis-à-vis de la définition, considèrent comme nécessaire au diagnostic (38 bis). Il s'agit le plus souvent d'une iritis pauci-symptomatique : les signes irritatifs sont discrets, le cercle périkeratique est à peine visible, la descémétite est limitée à un dépôt poussiéreux et la pupille se dilate bien par l'atropine.

L'iritis est en fait caractérisée par l'hypopion, de séméiologie très particulière : discrète, fugace et récidivante; le dépôt blanc crémeux situé dans le sinus inférieur de la chambre antérieure de l'oeil dépasse rarement un à deux millimètres et sera mieux vu à l'examen gonioscopique. Il apparaît brutalement, disparaissant en un à deux jours sans laisser de trace, pour réapparaître ensuite quelques semaines à quelques mois plus tard, touchant successivement et alternativement les deux yeux.

D'autres manifestations sont moins classiques mais beaucoup plus fréquentes, et moins fugaces; elles sont par là même plus intéressantes car permettant un diagnostic et un traitement plus précoce, avant que les ravages de la maladie, sur le plan oculaire, ne soient déjà trop graves.

Comme Madame Bonnet (38 bis), nous les classerons en symptômes majeurs et mineurs :

Les symptômes majeurs sont au nombre de deux :

- l'uvéïte postérieure,
- les lésions veineuses rétinienne.

Elles sont constatées de façon beaucoup plus précoce que l'hypopion de la chambre antérieure, parce qu'elles sont plus durables dans le temps.

- L'uvéïte postérieure :

il s'agit d'une atteinte diffuse, mais dans laquelle l'atteinte du segment postérieur est plus importante et plus grave que celle du segment antérieur. Cliniquement, elle se manifeste par un trouble du vitré, qui prend un aspect blanc jaunâtre, dont la coloration peut être très variable en intensité; sa résorption est très lente, pouvant demander plusieurs semaines ou plusieurs mois.

- Les lésions vasculaires rétiniennes :

il s'agit avant tout de lésions veineuses, dont la périphlébite est la manifestation la plus fréquente. Cette affection atteint les petites veines de la périphérie rétinienne, ou les troncs plus importants au voisinage de la papille.

La thrombophlébose de la veine centrale de la rétine n'est pas exceptionnelle d'après Madame Bonnet (38bis), entraînant la perte fonctionnelle de l'oeil.

Les lésions artérielles, par contre, sont beaucoup plus rares, mais peuvent évoluer vers un rétrécissement de l'arbre rétinien, qui est remplacé par des tractus blancs deshabités (50).

Les symptômes mineurs :

Ils sont rares et ne constituent en fait que des formes cliniques de maladie de Behcet. On décrit des kératites, des épisclérites, ou des sclérites diffuses ou nodulaires, et des conjonctivites récidivantes.

2) LES MANIFESTATIONS ARTICULAIRES :

Pour BISSON (32), elles sont au moins aussi importantes que l'hypopion fugace et inconstante, parce qu'elles sont précoces (précèdent de plusieurs années les manifestations oculaires et viscérales) et fréquentes (déjà en 1963, STRACHAN et WIGZELL avaient relevé 45 observations dans la littérature (278)).

L'aspect initial de l'atteinte articulaire est habituellement celui d'une mono-arthrite d'une grosse articulation, marquée par des signes inflammatoires nets (douleur et gonflement avec épanchement synovial).

La topographie préférentielle est le genou et la cheville, ainsi que le poignet et le coude, comme l'a montré BISSON à partir de vingt observations.

La radiographie des articulations est normale. Seul BARNES (186) a noté une érosion de l'articulation manubrio-sternale dans un seul cas.

L'examen du liquide synovial met en évidence la présence de nombreux éléments, polynucléaires surtout (20 à 50.000 par mm³), associés à des inclusions macrophagiques relativement spécifiques, puisque l'on ne les retrouve guère que dans la maladie de FIESSINGER-LEROY-REITER et dans la goutte. Les recherches virales sont négatives selon BISSON.

Les biopsies synoviales sont variées et peu spécifiques de la maladie.

3) LES MANIFESTATIONS RARES :

* Les atteintes neurologiques :

Leur fréquence est variable selon les auteurs : 10 à 25 % selon Madame BOUSSER, 48 % pour FADLIM (92).

Il existe actuellement une centaine d'observations dans la littérature, pour lesquelles le début est le plus souvent brutal. La symptomatologie est tout à fait variable, selon la topographie de l'atteinte du système nerveux : selon KAWAKITA (148), il existe une prédominance nette des céphalées, exagération des réflexes ostéo-tendineux, troubles psychiques, troubles du langage et incontinence urinaire, par rapport à

d'autres symptômes moins fréquents (hémiplégie, troubles de la marche, trépidations du pied, convulsions).

La ponction lombaire est l'examen complémentaire fondamental, car il montre des modifications dans 95 % des cas : hypercytose modérée (nombre de cellules inférieur à 60) dans 80 % des cas, protéinorrachie augmentée dans 50 % des cas, sucres et chlorures sont normaux.

L'électro-encéphalogramme est altéré dans 61 % des cas, montrant des altérations diffuses et non spécifiques de type ondes rapides de bas voltage ou ondes lentes de haut voltage.

* Les atteintes pulmonaires :

La fréquence de l'atteinte pulmonaire est difficile à préciser, en raison de l'absence de radio pulmonaire dans bon nombre d'observations.

L'incidence pulmonaire serait d'environ 5 %, avec prédominance des épanchements pleuraux signalés par plusieurs auteurs (226, 181), associés à des adénopathies hilaires (181). D'autres auteurs signalent la possibilité d'hémoptysies (181, 226) ou de foyers pneumoniques (ALAJOUANINE).

De toutes façons, les manifestations pulmonaires ont une évolution au long cours, émaillée de rechutes ou bien d'un seul tenant, peu influencée par le traitement, en particulier la corticothérapie.

* Les atteintes cardiaques :

Elles ne font l'objet que d'observations isolées. Il peut s'agir de troubles du rythme (tachycardie supra-ventriculaire, paroxystique, arythmie par

fibrillation auriculaire), atteintes anatomiques du myocarde vérifiées par autopsie.

Seules font l'objet d'une étude d'ensemble les localisations péricardiques dont on a relevé 4 cas (171, 272, 109). Il s'agissait de péricardites aiguës, guérissant dans 3 cas sur 4 par la corticothérapie. Dans le quatrième cas, par contre, est apparue une cortico-dépendance et seule la thérapeutique immunosuppressive a pu apporter une amélioration.

- 0 -

III - LES MANIFESTATIONS DIGESTIVES

I) OBSERVATION PERSONNELLE :

La symptomatologie digestive la plus facilement décelable est la colite ulcéreuse aiguë, qui reste néanmoins une manifestation exceptionnelle puisque l'on n'en retrouve dans la littérature qu'une vingtaine de cas.

Nous avons eu l'occasion de relever dans le service de gastro-entérologie du C.H.U. de Caen, une observation de colite ulcéreuse.

Elle concerne une femme de 75 ans, entrée dans le service à l'occasion d'un syndrome de Behcet.

L'interrogatoire notait dans ses antécédents l'existence d'aphtes buccaux évoluant par poussées depuis l'âge de 20 ans, sans notion de troubles oculaires ni ostéo-articulaires.

En Septembre 1974, est apparue une éruption sur la paroi de l'abdomen et que la malade décrit mal, mais qui semble bien correspondre à une éruption aphteuse surinfectée par des lésions de grattage. Cette poussée a regressé spontanément et n'a malheureusement pas é-

té constatée, la malade n'ayant fait appel à aucun médecin à cette époque.

En Septembre 1975, sont apparus simultanément et de façon brutale :

- des aphtes péri-anaux, très douloureux, empêchant la position assise, et entraînant des selles intolérables.
- des aphtes buccaux peu préoccupants pour la malade, qui ne s'en souciait guère, connaissant cette affection depuis de nombreuses années.
- une diarrhée de selles franchement liquides (5 ou 6 selles par jour et plusieurs la nuit).

Cette diarrhée s'accompagne de filets sanglants et de glaires, de signes de rectite (épreintes, ténésme et fausses envies), de douleurs abdominales mal localisées mais prédominant dans la fosse iliaque gauche et non soulagées par les selles. La malade est alors traitée quelques jours par son médecin-traitant, puis adressée en service hospitalier.

A l'entrée dans le service du Professeur A. VALLA, l'examen clinique montre un état général très altéré associé à une dénutrition.

L'abdomen est souple, sonore, sensible dans la fosse iliaque gauche. Il n'y a pas de masse palpable; par contre, il existe plusieurs ulcérations péri-anales, de type aphtoïde, associées à des hémorroïdes extériorisées. Le toucher rectal est très douloureux et par-là même difficilement interprétable, mais il ne semble pas donner de renseignements intéressants, si ce n'est la présence de sang dans les selles.

Le reste de l'examen clinique est négatif. En particulier sur le plan cutanéomuqueux où l'on ne retrouve aucune ulcération ni ganglion sur les aires ganglionnaires superficielles. L'examen cardio-vasculaire est normal et l'électro-cardiogramme ne montre qu'une discrète ischémie diffuse, peu pathologique compte-tenu de l'âge. L'examen du système nerveux ne décèle aucun signe particulier.

Les examens complémentaires à cette époque donnent des résultats peu significatifs :

- discrète anémie, hypochrome et hyposidérémique, liée aux petites hémorragies intestinales répétées :
3 600 000 globules rouges, Hb 10,6 g,
globules blancs 8 800 (dont 88 % de neutrophiles, 11 % de lymphocytes),
- T.P. 100 %,
- Hypoprotidémie modérée à 56 g.
- V.S. accélérée : 48, 87, 98, 102, respectivement à la première, deuxième, troisième et quatrième heure.
- Hypokaliémie légère (3,5 mEq) en rapport avec la diarrhée.
- La recherche de l'Ag. H.L.A.5 est négative.

La rectoscopie s'est avérée difficile, mais elle permet de voir une muqueuse sanguinolente, très fragile et sans ulcération.

La colonoscopie n'a pu être faite, étant donné le très mauvais état général de la patiente.

Au lavement baryté, on retrouve des images témoignant d'ulcérations coliques avec aspect typique en bouton de chemise au niveau de la partie interne du

sigmoïde, sur tout le colon descendant et sur la partie interne et gauche du transverse. Le colon droit est normal.

Devant l'association d'aphtes buccaux, péri-anaux et de colite ulcéreuse, on décide de traiter la patiente par les corticoïdes (auxquels sera ajoutée une céphalosporine du fait de l'apparition d'une fièvre à 38°) associés à un traitement local des ulcérations et à des perfusions de protides.

L'état général s'améliore et l'effet bénéfique des corticoïdes se fait déjà sentir au bout de quelques jours : l'anorexie diminue, le poids augmente et la patiente "se sent beaucoup mieux".

Malheureusement, le 3 Novembre 1975, apparaît brutalement une douleur abdominale diffuse associée à une contracture généralisée et à un pneumopéritoine, témoignant de la perforation d'un organe creux.

La malade est alors confiée aux soins du Professeur GIGNOUX, qui décide d'intervenir :

Compte-rendu opératoire :

Médiane à cheval. Présence de pus et d'air +++, fausses membranes dans le Douglas, entre les anses et sous les coupes.

Perforation du sigmoïde d'un millimètre de diamètre sur le bord libre du colon. Le colon gauche est épaissi, hypervascularisé jusqu'à la partie gauche du transverse. Le reste du cadre colique est normal.

Extériorisation, toilette péritonéale, Irrigation-lavage de l'abdomen, deux drains sous-phréniques, un drain pelvien, deux Redons d'irrigation, Anus artificiel sur baguette.

Fermeture, plus point d'appui.

Les suites opératoires n'ont posé aucun problème, l'anūs artificiel a été laissé en place pendant quelques semaines, et la malade a repris un transit normal.

Elle est sortie du service à la fin du mois de Janvier 1976, n'ayant gardé aucune séquelle apparente de sa perforation, ni de sa colite ulcéreuse.

En résumé, il s'agit d'une observation un peu particulière de maladie de Behcet, dans laquelle coïncident des poussées d'aphtes buccaux et génitaux, associées à une colite ulcéreuse ayant entraîné une perforation au niveau du sigmoïde.

Ce type de maladie de Behcet, avec perforation intestinale, est assez exceptionnel, puisque l'on ne retrouve dans la littérature qu'une dizaine de cas de ce type.

2) REVUE DE LA LITTÉRATURE CONCERNANT LES MANIFESTATIONS DIGESTIVES DE LA MALADIE DE BEHCET :

S'il existe fréquemment des signes digestifs au cours de la maladie de Behcet, les lésions organiques vraies sont rares.

Nous avons pu retrouver dans la littérature dix observations avec perforation intestinale.

a) Perforation colique :

* La première observation nous est rapportée par BOE et Al. (35).

Il s'agit d'une femme de 47 ans, hospitalisée pour

une fièvre au long cours, accompagnée de troubles digestifs (diarrhée et ténésme), évoluant depuis un an, associées à des poussées d'arthralgie transitoire, ayant débuté à la même date.

A l'examen, il existe une aphtose bipolaire associée à une éruption exanthémateuse polymorphe touchant les bras. La rectoscopie met en évidence une muqueuse congestive saignant facilement avec quelques petites ulcérations.

Le traitement aux corticoïdes améliore l'état général et cutané, sans influencer l'état digestif. Puis, survient un épisode douloureux abdominal, sans signe de péritonite, et ayant entraîné une issue fatale.

L'autopsie montre l'existence d'un abcès rétropéritonéal s'étendant au colon descendant depuis la rate jusqu'à la vessie, et due à une perforation nécrotique de l'angle gauche du colon.

★ La deuxième observation nous est décrite par EMPEY (84, 85).

Il s'agit d'une femme de 25 ans, dont la maladie débute par des douleurs de la région anale, aggravée par la défécation, avec présence de sang dans les selles et altération de l'état général (asthénie, amaigrissement, anorexie).

A l'examen, il existe des aphtes de la luette et une fissure anale douloureuse, avec à la rectoscopie une fissure postérieure et un ulcère de la paroi antérieure du rectum de trois centimètres de diamètre.

Quelques jours après, la malade est revue dans un tableau de péritonite et la laparotomie confirme la perforation du haut sigmoïde. On pratique une colostomie qui sera refermée sept mois plus tard.

★ Enfin, deux autres cas sont signalés, l'un par

MARUYAMA (184) aui a observé une perforation multiple du gros intestin, l'autre par TSUKADA (303). Nous n'avons malheureusement pas pu retrouver ces observations.

b) Perforation rectale :

BOE et Al. (35) en citent deux cas.

* Une femme de 44 ans est hospitalisée pour une colite évoluant depuis un an, avec diarrhée au long cours et flatulence, associée à des éruptions cutanées mal définies, à rechute, avec altération de l'état général.

L'examen met en évidence une aphtose bipolaire, une conjonctivite bilatérale et à la rectoscopie une muqueuse congestive, hémorragique, avec de multiples érosions et du pus et du sang dans les selles.

L'évolution est très défavorable, puisqu'une deuxième rectoscopie montre des ulcérations extensives de la muqueuse rectale, entraînant la formation d'un abcès périrectal, fistulisé au vagin.

Malgré une caecostomie, une antibiothérapie et une corticothérapie qui n'apportent qu'un effet transitoire, la malade meurt après rupture de la caecostomie, dans un tableau de péritonite.

L'autopsie explique la cause du décès : large ulcération nécrotique de l'anus artificiel.

* La deuxième observation de BOE fait état d'une femme de 35 ans, dont la maladie évolue depuis 10 ans (poussées d'aphtose bipolaire, arthralgies et iritis). Au bout de quelques années d'évolution, un ulcère génital se perfore dans le rectum, et malgré une péri-neoplastie, se transforme en abcès périnéal chronique.

A la rectoscopie, la muqueuse est fragile et saignante, parsemée de petits ulcères. Malgré un anus artificiel dont les parois se perforent, la malade meurt dans un état cachectique.

c) Les perforations du grêle

ont été relatées par SOMEMURA (275), NAGASU (203), ONO (219).

A côté des perforations intestinales, existent d'autres manifestations digestives organiques que nous allons étudier maintenant.

* Au niveau de l'oesophage et de l'estomac :

- COPE et ALEXANDER (56) ont retrouvé des ulcérations du pharynx, de l'oesophage et de l'estomac, chez un homme de 68 ans.
- LATTES (161) a fait les mêmes constatations au cours d'une gastroscopie pratiquée chez un homme de 45 ans dont la maladie évoluait depuis 7 ans.

* Au niveau de l'iléon :

- BECHGAARD (21) a retrouvé une iléite segmentaire chez une femme présentant des épisodes de douleurs abdominales accompagnées de mélaena.
- BISSON (32) a suivi une malade de 31 ans qui présentait une aphtose bipolaire, des arthralgies récurrentes et une diarrhée incessante, et pour laquelle la duodénoscopie retrouve un aspect de duodénite atrophique sans spécificité. La radiographie du grêle montre des images d'ulcérations de l'iléon terminal.

- SEKINE (249) a signalé des ulcérations du grêle au cours d'une laparotomie chez un patient atteint de maladie de Behcet.

* Les atteintes coliques :

ce sont les manifestations digestives pour lesquelles on retrouve le plus d'observations dans la littérature.

- Ainsi, LAUGIER publie le cas (162) d'un homme de 59 ans qui présente des poussées d'aphtose buccale et génitale avec fièvre, arthralgies, gastralgies et diarrhée chronique. L'évolution est fatale, non améliorée par le traitement corticoïde, et à l'autopsie, la muqueuse intestinale est congestive, cartonnée et friable.

Les rectocolites sont relativement nombreuses dans les publications.

- JENSEN (141) publie l'autopsie d'un malade qui ne s'était jamais plaint de troubles digestifs. Celle-ci montre la présence de sang dans le colon, avec une muqueuse intestinale congestive et oedémateuse.
- JENSEN S. (142) rapporte deux cas :
 - Un homme de 29 ans, atteint de maladie de Behcet, présente une hémorragie intestinale survenant dans le cadre d'une colite évoluant depuis plusieurs années. L'autopsie montre l'existence d'une ulcération extensive du colon, avec réaction inflammatoire non spécifique à ce niveau.
 - De même, il retrouve chez une femme décédée, dans un tableau de colite aiguë, des ulcérations importantes au niveau du colon et du rectum.

Il s'agit là des deux premiers cas publiés (1941) de rectocolite hémorragique survenant au cours de la maladie de Behcet.

- RAMSAY (235) :

Un jeune homme de 16 ans présente des aphtes bipolaires depuis 4 ans quand survient une diarrhée sanglante avec à la rectoscopie un aspect de rectocolite hémorragique et des ulcérations au niveau du canal anal et du colon. Les signes digestifs se sont bien amendés, sous corticothérapie au long cours.

- MENKES et Coll. (187) :

Il s'agit d'un homme de 37 ans chez qui les manifestations digestives dominent la maladie. La diarrhée apparaît brutalement, associée à des aphtes buccaux et à une atteinte articulaire marquée.

A la rectoscopie, il existe un aspect de colite ulcéreuse, confirmé par le lavement baryté (ulcérations, disparition de l'haustration, microrectie et pseudopolypes inflammatoires). Les signes digestifs s'aggraveront avec apparition d'un syndrome abdominal aigu, évocateur d'une colectasie (douleurs abdominales, vomissements, aérocolie), évoluant favorablement sous traitement corticoïde local et général.

- COURBON (60) :

-- Chez une femme de 45 ans, atteinte d'aphtose bipolaire depuis plusieurs années, survient un épisode d'hémorragie digestive en rapport avec une colite ulcéreuse.

-- Une autre femme de 27 ans est hospitalisée pour fièvre au long cours, amaigrissement, douleurs articulaires et aphotose bipolaire. Le lavement baryté retrouve une colite ulcéreuse indiscutable, alors que

paradoxalement, la rectoscopie est normale.

-- Chez une femme de 40 ans, les troubles colitiques n'apparaissent qu'après plusieurs poussées d'aphtose et d'atteinte articulaire. Elles se manifestent par une diarrhée importante, avec à la rectoscopie, un aspect typique de rectocolite hémorragique, confirmé par le lavement baryté.

- DEBRAY (69 bis) :

Une femme de 28 ans est vue par l'auteur pour une diarrhée fébrile associée à une aphtose bucco-génitale, évoluant sur un fond de poussée diarrhéique depuis 4 ans.

A l'examen, il existe une fièvre variable à 38° 39°, une conjonctivite bilatérale, des éléments papuleux sur le thorax, les membres supérieurs et les membres inférieurs, une aphtose buccale et des ulcérations ano-vulvaires. La malade a maigri de 10 Kilos en trois mois. Les radiographies du grêle sont normales, alors que le lavement baryté montre des lésions au niveau de l'angle gauche où l'on note d'importantes modifications des plis. Les haustrations du colon descendant et du sigmoïde ont disparu, et il existe à ce niveau de nombreuses ulcérations. La colonoscopie retrouve des ulcérations superficielles minimes sur le rectum.

Au niveau du rectosigmoïde, à 27 cm, on observe une large ulcération ovalaire et jusqu'à 80 cm, des plis muqueux très hypertrophiés, avec de profondes ulcérations. Il n'y a pas de sang sur la paroi colique.

Un traitement antibiotique et sulfamidé n'apporte aucune amélioration, alors qu'un traitement corti-

coïde (Prednisone 20 mg/j) permet de retrouver en une quinzaine de jours une muqueuse colique sub-normale à la colonoscopie, et une très nette amélioration de l'état général.

3) ESSAI DE CLASSIFICATION DES MANIFESTATIONS DIGESTIVES :

Les manifestations digestives de la maladie de Behcet n'ont, à notre connaissance, fait l'objet d'aucune classification systématique, mais il nous semble néanmoins possible de la classer en deux grands chapitres distincts :

- les manifestations fonctionnelles,
- les manifestations organiques.

a) Les manifestations fonctionnelles :

Elles semblent fréquentes, lorsqu'on les recherche systématiquement par l'interrogatoire, et pour OSHIMA et Coll. (222), elles seraient présentes dans 40 % des 85 cas de maladie de Behcet qu'ils ont analysés.

Il s'agit le plus souvent de :

- diarrhée (28 %)
- nausées (16 %)
- douleurs et météorisme abdominal (43 %)
- vomissements (20 %)
- anorexie (40 %)

mais ces symptômes ne sont jamais au premier plan,

b) Les lésions organiques :

Elles sont en général beaucoup plus tapageuses, comme le montre notre observation personnelle, ainsi que les autres cas publiés dans la littérature.

Il semble que JENSEN (141) soit le premier à avoir signalé l'existence d'ulcérations coliques au cours de la maladie de Behcet.

BOE et Coll. ont rapporté quatre cas de lésions ulcéreuses diffuses du colon (35), dont l'une d'elles avait même entraîné la formation d'un abcès rétro-péritonéal par perforation nécrotique de l'angle gauche du colon.

Plus récemment, RAMSAY (235) et EMPEY (85) ont publié d'autres cas de colite ulcéreuse.

Nous allons maintenant nous attacher plus particulièrement à la colite ulcéreuse survenant au cours d'une maladie de Behcet.

De telles observations sont assez rares, et nous n'en avons relevé dans la littérature qu'une vingtaine de cas.

La colite ulcéreuse se rencontre habituellement chez une femme (70 % des cas), d'âge moyen (25 à 45 ans), sauf deux cas où il s'agit d'une femme de 75 ans (notre observation personnelle) et d'un homme de 69 ans.

La maladie de Behcet précède habituellement de quelques mois à plusieurs années, voire même près de 50 ans, la colite ulcéreuse.

Dans tous les cas, l'atteinte digestive est un élément de fâcheux pronostic, lorsqu'elle survient, entraînant même une issue fatale dans plus de la moitié des cas. De toutes façons, il existe toujours une altération de l'état général sous la forme d'un amaigrissement important et d'anorexie.

Cliniquement, la colite ulcéreuse ne donne pas de signes particuliers : ce sont les mêmes que dans toutes les colites (diarrhée, associée à la présence de sang et de glaires dans les selles).

C'est toujours la rectoscopie ou la colonoscopie qui permettra d'affirmer le diagnostic en montrant des ulcérations typiques ou tout au moins une muqueuse fragile et saignant au contact. Parfois, le lavement baryté met en évidence des signes indiscutables de rectocolite, comme c'est le cas dans notre observation, sous l'aspect d'image en bouton de chemise.

Les lésions histologiques, que ce soit sur biopsie ou sur pièce anatomique, ne montrent jamais de lésion spécifique. Dans tous les cas, il existe des lésions nécrosantes et inflammatoires, des infiltrations lympho-plasmocytaires, à prédominance péri-veinulaire.

Il n'y a jamais d'infiltrats nodulaires, ni de granulomes sarcoïdiens.

L'évolution peut se faire vers la perforation dans près de la moitié des cas.

L'évolution générale est parallèle à celle des signes associés de la maladie, et favorablement influencée par l'association antibiotiques-corticoïdes.

IV - RAPPORTS AVEC LA MALADIE DE CROHN

Après avoir envisagé les symptômes digestifs que peut comporter la maladie de Behcet, on peut se demander s'il n'existe pas un rapport entre la maladie de Behcet et l'iléocolite de Crohn. PREEL, dans sa thèse (Thèse Paris Bichat 1973, N° 151) traite de façon très précise de cette dernière maladie et nous avons effectivement trouvé de nombreux points de comparaison :

- dans les deux cas, l'âge est le même : il s'agit le plus souvent de femmes d'âge moyen.
- les signes généraux sont peu différents : l'asthénie, l'anorexie et la fièvre sont toujours présentes.
- les signes fonctionnels sont concordants : douleurs et diarrhée toujours présentes pour PREEL; présence de sang inconstante (22 cas sur 52) dans la maladie de Crohn, alors que nous la retrouvons toujours dans la maladie de Behcet.
- les lésions anales ne sont présentes, sous l'aspect d'ulcérations, que dans 9 cas sur 52 pour PREEL, alors qu'elles existent toujours dans la maladie de Behcet.
- l'endoscopie donne des résultats assez discordants, puisque PREEL ne retrouve que douze ulcérations aphtoi-

des sur 52 cas et 10 à 15 % de rectocolite hémorragique.

- la biopsie dans la maladie de Crohn ne montre une inflammation lymphoplasmocytaire que dans 25 cas sur 52, alors qu'elle est toujours présente dans les biopsies de lésions intestinales chez les malades porteurs de maladie de Behcet. Par contre, chez nos malades, on ne retrouve jamais de cellules géantes, ni de nodules sarcoïdiens, typiques de la maladie de Crohn.
- les aphtes buccaux, dans la maladie de Crohn, ne sont retrouvés que dans 5 cas sur 52; les arthrites et arthralgies, dans 22 cas sur 52.
- du point de vue radiologique, le siège des lésions est segmentaire dans les deux maladies, laissant des plaques de muqueuses saines dans les deux cas, mais la localisation est un peu différente, puisque la maladie de Crohn touche en principe la partie terminale de l'iléon, alors que dans nos observations, nous ne retrouvons jamais de telles atteintes.
- les examens de laboratoire : l'anémie est constante dans la maladie de Behcet, alors qu'elle n'existe que dans 13 des 52 cas de maladie de Crohn. Par contre, dans les deux cas, la V.S. est accélérée et les protéides sanguins sont abaissés.
- enfin, le point d'opposition le plus important entre les deux maladies est au niveau de l'anatomo-pathologie, qui retrouve des granulomes sarcoïdiens typiques dans 27 des 34 cas de PREEL, alors que dans les 7 autres cas, il existe des granulomes probables; dans la maladie de Behcet, il ne s'agit jamais de granulomes, mais seulement d'infiltrations lymphoplasmocytaires à prédominance péri-veinulaire.

-- le dernier point de comparaison peut se situer au niveau du traitement corticoïde qui semble améliorer 2/3 des maladies de Crohn, mais sans modification radiologique, alors que dans la maladie de Behcet, l'amélioration est plus franche, avec même possibilité de retour à une muqueuse normale, en particulier dans l'observation de DEBRAY (69 bis).

En résumé, si de nombreux points communs sont retrouvés entre les deux maladies, il ne nous semble pas possible d'assimiler l'une et l'autre, en raison de trop grandes différences retrouvées sur des points aussi importants que les examens endoscopiques et anatomo-pathologiques.

-°-

V - PATHOGENIE

Deux hypothèses sont actuellement émises :

- virale,
- immunitaire.

A) LA THEORIE VIRALE :

Elle a été affirmée par Behcet lui-même, qui pensait avoir retrouvé des inclusions virales au cours de prélèvements.

Cette théorie a été confirmée par SEZER (250), EVANS (91) et MORTADA (199) qui pensaient avoir isolé un virus responsable de la maladie. Mais cette théorie a été fort décriée depuis par DOWLING (76) et n'a reçu aucune confirmation. AMOR (9), a, lui aussi, recherché une étiologie virale à la maladie, en partant d'aphtes, de sang et de liquide articulaire inoculés à des oeufs embryonnés par voie vitelline ou chorio-allantoïde au cerveau et à l'oeil de lapin; mais il n'a jamais pu confirmer cette étiologie. Pour lui, les inclusions virales retrouvées n'étaient en effet que des débris macrophagiques.

B) LA THEORIE IMMUNITAIRE :

C'est actuellement la théorie la plus fréquemment admise par la majorité des auteurs.

Elle se fonde sur plusieurs arguments :

- l'évolution par poussées, le caractère systémique de l'affection, l'action favorable des corticoïdes et des immuno-suppresseurs,
- l'hypersensibilité cutanée : en effet, l'introduction de divers antigènes par voie sous-cutanée entraîne des lésions de type aphtoïde. Bien plus, la seule piqûre, ou le moindre traumatisme, peuvent aussi provoquer de telles lésions.
- la découverte d'anticorps anti-muqueuse buccale, en particulier par LEHNER (164, 165, 166).

Pour BISSON (32), les tests de transformation lymphoblastique effectués chez ses patients vont dans le sens d'une sensibilisation anormale à un antigène salivaire, qui reste encore à déterminer.

Tous les auteurs sont d'accord pour suspecter un mécanisme immunitaire de la maladie de Behcet qui ne surviendrait que sur un terrain hyperergique, comme en témoigne l'hypersensibilité cutanée, malgré son peu de spécificité. Néanmoins, les recherches les plus récentes font état d'une réaction incomparablement plus intense avec les produits autologues qu'avec d'autres produits (en particulier plasma et salive autologue). Ceci suggérerait alors qu'il existerait chez ces patients une auto-sensibilisation à leur propres organes constituants (9, 57). C'est ce que les auteurs japonais, en particulier OSHIMA (223) ont mis en évidence en décelant dans 17 cas sur 40 la présence d'anticorps circulants anti-muqueuse buccale.

LEHNER (164, 165, 166, 167, 168) a trouvé également des anti-corps anti-muqueuse buccale par des transformations blastiques des lymphocytes provenant de sujets atteints de maladie de Behcet et cultivés in vitro en présence de muqueuse buccale foetale.

DOLBY (75) a montré que les lymphocytes de sujets atteints de maladie de Behcet ont un effet cytotoxique significatif sur les cultures de cellules de muqueuses gingivales, alors que le sérum de ses sujets, pourtant riche en anticorps anti-muqueuse buccale, ne perturbe pas de façon significative les cultures.

Enfin, AMOR (II) étudie le test de transformation lymphoblastique avec la salive de malades porteurs de maladie de Behcet et conclut que sur 22 des patients explorés, 14 transforment leurs lymphocytes en présence de leur propre salive.

De ces travaux, il est donc difficile de conclure catégoriquement à une origine immunologique, mais il semble bien que c'est dans ce sens qu'il faille s'orienter.

-°-

VI - TRAITEMENT

On peut difficilement le codifier du fait de l'évolution souvent spontanément régressive des poussées; néanmoins, le but du traitement est de guérir les poussées aiguës et d'empêcher les récurrences.

L'éradication des foyers infectieux est indispensable chez ces malades qui peuvent être un jour ou l'autre soumis à une corticothérapie générale.

Les épreuves de désensibilisation ont été utilisées avec des résultats qui restent le plus souvent décevants.

D'autres thérapeutiques ont été utilisées de façon isolée avec un résultat difficile à préciser : c'est le cas de la chrysothérapie (32) ou des anticonceptionnels oraux, ou même des transfusions de sang frais, voire de l'utilisation de sérum antilymphocytaire.

C'est actuellement la thérapeutique anti-inflammatoire et immuno-suppressive qui semble apporter le meilleur résultat; les corticoïdes sont souvent actifs, lors des premières poussées, mais certains auteurs, et en particulier BONNET (39 et 40) les croient dangereux dans les manifestations oculaires, et leur préfèrent les

traitements immuno-suppresseurs (Chlorambucil). DE SEZE, quant à lui, préconise l'association corticoïdes-immuno-suppresseurs, qui donnerait les meilleurs résultats à condition d'être entreprise très tôt. Ce type de traitement est indiqué lorsqu'existent des manifestations de mauvais pronostic, qui sont au nombre de quatre :

- uvéïté, car il existe des risques de cécité,
- manifestations neurologiques toujours graves,
- manifestations pulmonaires, avec leurs risques d'hémoptysie foudroyante,
- manifestations digestives, avec leurs risques de perforation.

-°-

VII - CONCLUSION

Nous avons tenté dans ce travail d'étudier les localisations digestives de la Maladie de Behcet, et, en particulier, la colite ulcéreuse; cette affection est assez exceptionnelle, et fort intéressante à connaître, car sa gravité assombrit beaucoup le pronostic déjà mauvais de la maladie, du fait du risque de perforation avec son issue souvent fatale.

Malheureusement, il subsiste encore de nombreuses inconnues dans la connaissance de la maladie, et en particulier au niveau de la pathogénie, ce qui explique qu'en matière de colite ulcéreuse, compliquant la maladie de Behcet, le traitement ne soit que symptomatique et ne modifie que bien peu l'évolution de la maladie.

-°-°-°-

B I B L I O G R A P H I E

- I - ABDEL FATTAH MH et al.
"Behcet's syndrome". Clinico pathological and bacteriological study.
J. Egypt. Med. Assoc. 55, 634/43, 1972.
- 2 - ABOUKER
"Maladie de Behcet",
Thèse Toulouse 1954.
- 3 - ADAMANTIADIS
"Un cas d'iritis récidivante à hypopion".
Ann. Ocul. Paris 1931, 168, 271/278.

"Recurrent uveitis : new case of complex syndrome"
Amer. J. Ophtal. 1951, 34, 447/449.

"Syndrome complexe de Behcet avec uvéite récidivante et hypopion".
Ann. Ocul. 1953, 186, 846/856.
- 4 - AKSEL I.S.
"Au sujet d'une forme confusionnelle de la maladie de Behcet".
Etude anatomo-clinique et électro-encéphalographique.
Rev. Neurol. 1958, 99, 316.
- 5 - ALAJOUANINE TH., CASTAIGNE P., LHERMITTE F., CAMBIER J.
GAUTIER J.C.
"La méningo-encéphalite de la maladie de Behcet".
Presse Médicale 1961, 56, 2579.
- 6 - ALEMA G., BIGNAMI A.
Involvement of the nervous system in Behcet's disease,
Int. symp. on Behcet's disease.
Roma Ed. Karger, Basel, 1966, 52.

- 7 - ALM L., OBERG L.
Animal experiments in connection with Behcet's syndrome.
Nord Med. 1945, 25, 603.
- 8 - AMATSU M. et al.
Idiopathic detachment of the retina developed in a case
of Behcet's disease.
Folia Ophtal. Jap. 20, 249/252, Mar 69 (Jap.).
- 9 - AMOR B., KAHAN A. et DELBARRE F.
Le test de transformation lymphoblastique à la salive auto-
logue dans le syndrome de Behcet.
Rev. Rhum. 1974, 41, 309/313.
- 10 - AMOR B., FELDMANN J.J., HORS J., BEAUJAN M.M., DAUSSET J.
The HL-A Antigène W27, genetic link between ankylosing
spondilits and Reiter's syndrome.
New Eng. J. Med. 1974, 290, 554.
- 11 - AMOR B., KAHAN A., LECOQ F., DELBARRE F.
Le test de transformation lymphoblastique par les anti-
gènes Bedsonien (TTL Bedsonien). Son intérêt nosologique
et diagnostique dans le syndrome de Fiessinger Leroy Reiter.
Rev. Rhum. 1972, 39, 671/676.
- 12 - AOKI K.
Studies on plasma proteins in Behcet's disease.
Acta Soc. Ophtal. Jap. 75, 1569/75, July 71 (Eng. Abstr.)
(Jap.).
- 13 - AOKI K.
Evaluation of therapeutic methods in Behcet's disease.
Ophtalmology (Tokyo) 13, 1021/1026, Nov. 1971.
- 14 - AOKI K. et al.
Studies on the constitution and post history of patient
with Behcet's disease.
Acta Soc. Ophtal. 76, 1608/1612, Dec. 1972 (Jap.)

- I5 - ARAKI Y.
Epidemiology and the present status of Behcet's syndrome.
Saishin Igaku 26, 458/464, Mars 71. (Jap.),
- I6 - ARMA S. et Coll.
Dysphagia in Behcet's syndrome - Thorax -
1971, 26, 155/158, Mars.
- I7 - ARONSON S.B. et ELLIOTT J.H.
Ocular inflammation.
Edit. Mosby St-Louis, 1972.
- I8 - ASAOKA T.
Neuro-Behcet's syndrome.
Acta Soc. Ophthal. Jap. 1962, 429, 1958.
- I9 - BARRAQUER, BORDAS L., DEMORAGAS-VINAS J.M. et Coll.
A proposito de dos casos de sindrome de Behcet con afectacion neurologica.
An. Med. (Espec.) 1959, 55/3, 152/155.
- 20 - DE BAST C.
Syndrome de Behcet : traitement avec l'association prednisolone-cyclophosphamide.
Arch. Belg. Dermatol. Syphiligr. 1971, 27, 299/304.
- 21 - BECHGAARD P.
Et tilfaelde af recidiverende aphts stomatitis led saget af conjunctivitis og ulcerationer paa genitalia og hud.
Ugeskr. f. laeger, 102, 1019/1023, 1940.
- 22 - BEHCET H.
Uber rezidivierenden aphtose, durch ein virus verursachte Geschwure am Mund, am Auge und an den Genitalien.
Dermat. Wchnschr. 105, 1152/1157, 1937.
- Some observations on the clinical picture of the so-called triple symptom complex.
Dermatologica, 81, 73/83, 1940.

- 23 - BELAICH St
Syndrome de Behcet.
Rev. Prat. 1969, 19 (30) 4375/4387, 21 Novembre, 6 références.
- 24 - BELAICH S.
Syndrome de Behcet.
Concours Med. 1973, 95, 3819/3833.
- 25 - BENGISU N.
Behcet's disease.
Ann. Ocul. (Paris) 202, 165/76, Fev. 69 (Fre).
- 26 - BERLIN C.
Behcet's disease as a multiple symptom complex.
Arch. Derm. 82, 73, 1960.
- 27 - BERNSTEIN SI. et al.
Triple symptom complex of Behcet as auto-immune disease.
Remission induced by ethinil estradiol.
New-York J. Med. 68, 308-9, 15.1.68.
- 28 - BESSIERE Ed. et LE REBELLER M.J.
Altérations vasculaires rétiniennees dans la maladie de Behcet.
Société d'Ophtalmologie de Bordeaux et du Sud-Ouest,
17 Octobre 1971. In : Bull. Soc. Ophtalmol. France 1971,
71, (II) 991/995.
- 29 - DE BEST C.
Behcet's syndrome, treatment with prednisolone-cyclophas-
mide association.
Arch. Bel. Dermatol. 27, 299/304, Sept. 1971.
- 30 - BIENENSTOCK H., MARGULIES M.
Behcet's syndrome : report of a case with extensive neuro-
logical manifestations.
New Engl. J. Med. 1961, 264, 1342.

31 - BISSON

Le rhumatisme inflammatoire de l'aphtose.
Thèse Paris 1968.

32 - BISSON M., AMOR B., KAHAN A. et DELBARRE F.

Les manifestations articulaires de l'aphtose (Syndrome de Behcet).

Sem. Hôp. 1971, 47, (31/32 - 33/34) 2023/2033, 46 références.

33 - BLOCH-MICHEL H., BENOIT M. et SIBOULET A.

Aphtose et rhumatisme inflammatoire. Forme atypique du syndrome de Behcet.

Rev. Rhumat. 1965, 32, 408/414.

34 - BLOMQUIST M.

2 cases of Behcet's syndrome.

Svensk Tandlak T. 61 : 365/75, Jun 68 (Swe).

35 - BOE et al.

Mucocutaneous-ocular syndrome with intestinal involvement,
Amer. J. Med. 1958, 25, 857.

36 - BOGUCKI R.

A case of ulcerative inflammation of the mucous membrane of the oral cavity with coexistent hemorrhagic polyarthrit.

Reumatologia (Warsz), 6, 169/73, 1968, (Pol.).

37 - BONAMOUR G. et BONNET M.

Maladie de Behcet à symptomatologie atypique.

Soc. opht. Lyon, réunion du 13 Décembre 1964.

Bull. des Soc. Opht. Fr., 1965, 5, 441/47.

38 - BONAMOUR G. et BONNET M.

Les papilles sans vaisseaux.

Arch. Opht. (Paris), 1968, 28, 467/476.

- 38 - BONNET M.
bis Manifestations oculaires du syndrome de Behcet.
Rev. de Med. 35, 21 Oct. 1974, 2305/2314.
- 39 - BONNET M.
Bilan actuel des traitements immunodépresseurs en ophtalmologie,
Bull. des Soc. opht. Fr. 1970, 2, 257/267.
- 40 - BONNET M.
Les immunodépresseurs en ophtalmologie.
Année thér. et clin. ophtal. 1971, T, 22, 117/146.
- 41 - BONNET M. et LAURENT C.
Recherche de l'activité auto-immune de l'humeur aqueuse dans les uveïtes récidivantes endogènes par le test de stimulation lymphocytaire.
Ann. Oculist. (Paris) 1972, 205/6, 713/719.
- 42 - BONToux D., KAHAN A., BROUILHET H., AMOR B., DELBARRE F., JOUANNEAU M., GNIAZDOWSKA E.
Effect and mode of action of chloranbucil in rheumatoid arthritis.
Rev. Europ. Etud. Clin. Biol. 1971, 16, 166/172.
- 43 - BOUZAS A.
Rapports entre les hémorragies récidivantes du vitré (maladie d'Eales) et l'uvéite récidivante à hypopion (maladie de Behcet).
Bull. et mem. Soc. Fr. Opht. 1959, 72, 175/185.
- 44 - BOUZAS A.
Contribution à l'étude de l'uvéite récidivante des sujets jeunes (syndrome d'Adamantiades-Behcet).
Docum. Ophtal. 1960, 14, 188/201.
- 45 - BRUNET J.
Le syndrome de Behcet, A propos de 2 cas traités par le sérum antilymphocytaire.
Thèse Lyon 1973.

- 46 - BUCKLEY CE. 3d et al.
Cyclophosphamide therapy of Behcet's disease,
J. Allerg. 43, 273/83, May 1969.
- 47 - CABANEL G., PHELIP X., RENAUDET J. et coll.
Syndrome de Behcet : virose ou allergie.
Rev. Rhum. 1969, 36, 673/679, 40 références.
- 48 - CABANEL, PHELIP, DENIS, VERDIER, COUTURE
Syndrome de Behcet, asthme et troubles de la conduction
intraventriculaire.
Rev. Lyonnaise Med. 18, 651/655, 1969.
- 49 - CAMPINCHI R. et al.
Microbial allergy in Behcet's syndrome.
Bull. Soc. Ophtal. Franc. 68, 33/7, Jan 68 (Fre)
- 50 - CAMPINCHI R., HAMARD H., GODEAU P., FOUGERES R., MONDON H.
et BREGEAT P.
Immunodépresseurs et maladie de Behcet.
Bull. Soc. Opht. Fr. 1972, 72, 5-6, 555/559.
- 51 - CERNEA P., DOBRESCU G. et BRODICICU G.
L'uvéite allergique récidivante à hypopion.
Arch. Opht. Paris. 1969, 29/II, 765-776.
- 52 - CHAJEK T. et al.
Behcet's disease with decreased fibrinolysis and superior
vena cava occlusion.
Br. Med. J., I, 782/3, Mar 73.
- 53 - CHAOUAT Y. et al.
Long-term, small dose cyclophosphamide treatment of se-
vere inflammatory joint diseases.
Rev. Rhum. 35, 649/56, Dec. 68 (Fre).

- 54 - CLAES C. et al.
A rare meningeal syndrome with iridocyclitis and aphtous skin manifestations. Behcet's disease.
Verh Kon Vlaam Acad Geneesk Belg 31, 86/99, 1969, (Dut).
- 55 - COLINET E. et al.
A case of Behcet's syndrome.
J. Belg. Rhum. Med. Phys. 24, 109/14, May-Jun 69, Fre.
- 56 - COPE and ALEXANDER
J. Path. Bact. 68, 373/380, 1954.
- 57 - COOPER D. et coll.
Autologous-plasma sensitisation in Behcet's disease.
Lancet, 1971, I, 910, 1er Mai.
- 58 - COSTE F., MASSIAS P., BONToux D., STORA Ph.
A propos de l'aphtose généralisée et du syndrome de Behcet.
Rev. Rhum. 1965, 32, 399/407.
- 59 - COTTINI G.B. and RANDAZZO S.D.
Sindrome cutaneo-muscosointestinale.
Minerva Dermat. 31, I, 23, 1956.
- 60 - COURBON J. et GALMICHE P.
Syndrome de Behcet et rectocolite hémorragique.
Rev. Rhum. 1971, 38, (6/7) 465/466.
- 61 - CUEVAS CANSECO S.
Hulusi Behcet syndrome of recurrent Behcet's disease.
Ann. Esp. Odontoestomat. 26, 418/31, Sept-Oct. 67 (79 références) SP.
- 62 - CUNLIFFE W.J.
An association between Cutaneous Vasculitis and Decreased blood fibrinolytic activity.
Lancet, 1968, I, 1226/1228.

- 63 - CUNLIFFE M.J. et al.
Treatment of Behcet's syndrome with phenformin and ethyl-
oestrenol.
Lancet, I, 1239-40, 21 Jun 1969.
- 64 - CURRAN DE
Behcet's disease.
Ann. Intern. Med. 76, 332-3, Feb. 72.
- 65 - CURREY H.L. et al.
Surgical treatment of manubrio-sternal pain in Behcet's
syndrome. Report of a case.
J. Bone Joint Surg. (Brit.) 50, 836/40, Nov. 68.
- 66 - CURTH H.O.
Behcet's syndrome.
Arch. Dermat. et Syph. 1952, 66, 761.
- 67 - CURTH H.O.
Recurrent genito-oral aphtosis and uveitis with hypopion
(Behcet's syndrome), report of two cases.
Arch. Dermatol. 1964, 54, 179/196.
- 68 - CURTH H.O.
Behcet's syndrome, abortive form (?)
(recurrent aphtous oral lesions and recurrent genital
ulcerations).
Arch. Dermatol. 1946, 54, 481/483.
- 69 - DAKE
Ophtalmologica 1962, 144, 277.
- 69 - DEBRAY et Coll.
bis Colite ulcéreuse et syndrome de Behcet, intérêt de la
colonoscopie.
Ann. Med. Int., Dec. 1973, 124, 931/935.

- 70 - DECROIX AG, et al.
Behcet's syndrome with pulmonary manifestations a propos
of a case.
Bull. Soc. Med. Hop. Paris, 119, 97/112, 1968.
- 71 - DECROIX AG.
Thoracic manifestations of Behcet's syndrome.
Thorax 24, 380, May 1969.
- 72 - DEGOS R.
Dermatologie, 2 Vol., Flammarion ed. Paris, 1953.
- 73 - DELBARREF., AMOR B., KAHAN A., KRASSININE G.
Données récentes sur la synoviale et le liquide synovial.
Bull. Soc. Med. Hop. Paris 1966, 117; 1271/1304.
- 74 - DESCAPOULOS
Sur deux cas d'uvéite récidivante.
Ann. Ocul. 1932, 169/387.
- 75 - DOLBY A.E.
Recurrent aphthous ulceration. Effect of sera and pe-
ripheral blood lymphocyte upon oral epáthelial tissue
culture cells.
Immunology, 1969, 17, 709/714.
- 76 - DOWLING and PERKINS
Behcet's syndrome.
Proc. Roy. Soc. Med. 54, 104, 1961.
- 77 - DUDGEON JA.
Virological aspects of Behcet's disease.
Proc. Roy. Soc. Med., 54, 104, 1961.
- 78 - DUPERRAT B., KRAFT, DE RUYK et Coll.
Grande aphtose de Touraine.
Bull. Soc. Franç. Dermat. Syph., 1965, 62, 302.

- 79 - DUPERRAT et Al.
Behcet's aphthosis.
Bull. Soc. Franç. Derm. Syph. 74, 413/5, 1967.
- 80 - DUPERRAT et Al.
Behcet's syndrome.
Bull. Soc. Franç. Derm. Syph. 75, 423, 1968 (Fre).
- 81 - EDERLI A. et Al.
Neurologic complications of Behcet's disease : an anatomical clinical case.
Riv. Neurol. 42, 97/118, Apr. 1972.
- 82 - EGGERTH H. et Al.
On symptomatology and course of central nervous disorders in Behcet's disease.
Wien Z Nervenheilk 26, 130/41, 1968, (Ger).
- 83 - EL GAREM O.
Behcet's syndrome.
J. Neurol. Neurosurg. Psychiat., 1962, 3, 67.
- 84 - EMPEY DW.
Rectal and colonic ulcerations in Behcet's disease.
Brit. J. Surg. 59, 173/5, 1972.
- 85 - EMPEY DW. et Al.
Rectal and colonic ulcerations in Behcet's disease.
Proc. R. Soc. Med. 65, 163/4, 1972.
- 86 - ENOCH BA.
Gangrene in Behcet's syndrome.
Brit. Med. J., 3, 54, 5 Jul. 69.
- 87 - ENOCH BA. et Al.
Major vascular complications in Behcet's syndrome.
Postgrad Med. J., 44, 453/9, Jun 1968.

- 88 - EPSTEIN R.S. et Al.
Psychiatric aspects of Behcet's syndrome.
J. Psychosom. Res. 1972, 14, 161/172, Juin.
- 89 - EPSTEIN R.S., CUMMINGS N.A., SHERWOOD E.B. et BERGSMA D.R.
Psychiatric aspects of Behcet's syndrome.
J. Psychosom Res. 1970, 14, 161/172, In :
Psychiatric Dig. 1971, 32, 6, 43, Juin.
- 90 - EVANS A.D., PALLIS C.A., SPILLANE J.D.
Involvement of the nervous system in Behcet's syndrome.
Lancet 1957, 2, 349.
- 91 - FALCK J., SCHMIDT G.
Die Beziehungen des Morbus Reiter und des Morbus Behcet
zum rheumatischen Formenkreis.
Med. Klin. 1961, 65, 1744/1748.
- 92 - FALDI M.E. et Al.
Neuro Behcet's syndrome in the United Arab Republic.
Eur. Neurol. 9, 76/89, 1973.
- 93 - FEIGENBAUM A.
Description of Behcet's syndrom in the Hippocratic
third book of endemic disease.
Brit. J. Ophtal. 1956, 40, 355.
- 94 - FIDDES P.J. et Al.
Behcet's syndrome with a cryoparaprotein.
Med. J. Aust. I, 1275/7, 12 Jun. 71.
- 95 - FISCH H.U.
Behcet's disease with neurologic complications in
childhood.
Helv. Paediat. Acta 23, 154/64, Apr. 68 (Ger).

- 96 - FOKICHEVA R.A. et Al.
Case of Behcet's disease.
OPhtalmol. Zh. 27, 314/5, 1972, Rus.
- 97 - FOWLER TJ. et al.
Behcet's syndrome with neurological manifestations in two sisters.
Brit. Med. J., 2, 473/4, 25 May 1968.
- 98 - FRANCE R., BUCHANAN RN., WILSON MW. and SHELDON MB.
Relapsing iritis with recurrent ulcers of the mouth and genitalia (Behcet's syndrome).
Medecine 1951, 30, 335/355.
- 99 - FRANCIS TE., OPPENHEIM J.
Impaired lymphocyte stimulation by some streptococcal artingens in patient with recurrent aphtos stomatitis and rheumatic heart disease.
Clin. Exp. Immun. 1970, 6, 575/586.
- 100 - FROMER J.L.
Behcet's syndrome.
Arch. Dermatol. 102, 116/7, Jul. 1970.
Behcet's syndrome.
Arthritis Rheum. 13, 511/2, Sept. Oct. 70.
- 101 - FROSCHER R. et Al.
Clinical and morphological findings in Behcet's disease.
Dtsch Med. Wochenschr. 98, 105/9, Jan. 73 (Ger).
- 102 - FUKUSHIRO R. et Al.
Dermatology and Behcet's disease.
Jap. J. Clin. Med. 26, 38/46, Jan. 68, (Jap.).
- 103 - FUKUSHIRO R. et Al.
Dermatology and Behcet's disease.
Saishin Igaku 26, 48, 9/96, Mar 1971 (Jap.)

- IO4 - GARCIN R. et Al.
Behcet's disease (extensive aphtosis of Touraine beginning with muscular localisation).
Bull. Soc. Franc. Derm. Syph. 74, 707/9, 1967 (Fre).
- IO5 - GARCIN R. et Al.
Muscular determinations in the course disease (or great aphtae of Touraine). On histological and ultra-structural record in the muscular biopsy.
Rev. Neurol. Paris, 117, 345/61, Aug. 67.
- IO6 - GARDE A., EXBRAYAT C., ROBERT JM., MEGARD M.
Maladie de Behcet avec meningo-myelo-encéphalite.
Lyon Medical 1958, 200, 363.
- IO7 - GILLS JP. et BUCKLEY C.E.
Cyclophosphamide therapy and Behcet's disease.
Ann. Ophtal. 1970, 2/4, 399/405.
- IO8 - GIROD M., LANGLET J., FRUCHTENREICH M., HEE P.
Manifestations ophtalmologiques d'une maladie de Behcet de primo-invasion.
Société Ophtalmologique de l'Est, 12 Avril 1970.
In : Bull. Soc. Ophtal. France, 1971, 70 (5/6), 703/710, 16 références.
- IO9 - GODEAU P., HERREMAN G., BEN ISMAIL M., LEVASSOR M., METZGER J.P.
Syndrome de Behcet. Atteintes péricardites et pulmonaires.
Nouvelle Presse Médicale 1972, I, (6), 391/395, 16 Références.
- II0 - GRAYKOWSKI B.A., BARILLE M.F., LEE W.B., STANLEY H.L.
Recurrent aphtous stomatitis.
J.A.M.A., 1966, 196, 673.

- III - GREEN WR. et Al.
Behcet's disease. A report of the ocular histopathology of one case.
Survey Phtal. 12, 324/32, Aug. 67.
- II2 - GRIGNOLO A.
Über einen bisher noch nicht beschriebenen Symptomencomplex : rezidivierenden Hypopioniritis, polymorphes Erythema exsudativum und Spondylarthrita ankylopoeta.
Ophtalmologica, 1949, 118, 989/997.
- II3 - GUILLET P.
Etude générale du syndrome de Behcet (à propos d'une observation avec manifestations pulmonaires).
Thèse Paris, Décembre 1967.
- II4 - GUTOWSKI W.
Infections dermatologic syndromes in children.
Wiad. Lek. 21, 285/9, Feb. 68 (Pol).
- II5 - HAIM S.
Contribution of ocular symptoms in the diagnosis of Behcet's disease. Study of 23 cases.
Arch. Derm. (Chicago) 98, 478/80, Nov. 68.
- II6 - HAIM S.
Behcet's syndrome as a generalized systematic disease. Review of 25 cases.
Harefuah, 78, 63/5, 15 Jan 70 (Heb.).
- II7 - HAIM S. et al.
Involvement of veins in Behcet's syndrom.
Br. J. Dermatol. 84, 238/41, Mar 71.
- II8 - HAIM S., SOBEL J.D., FRIEDMAN-BIRNBAUM R.
Thrombophlebitis a Cardinal Symptom of Behcet's syndrome.
(Accepted for publication 1973).

- I19 - HAIM S., SHERF K.
Behcet's disease, presentation of 11 cases and evaluation of treatment.
Isr. J. Med. Sci. 1966, 2, 69/74.
- I20 - HAKENDORF AJ.
Behcet's triple symptom complex.
Aust. J. Derm. 9, 354/9, Dec. 68.
- I21 - HAMARD H. et al.
Immunopressive agents and Behcet's disease.
Bull. Soc. Ophtal. Fr. 72, 555/9, Jun 72.
- I22 - HARCOURT B.
Oral disorders associated with ocular disease. I.
Brit. J. Ophtal. 51, 140/1, Feb. 67.
- I23 - HARTEMANN P., SCHMITT J., TRIDON P., MAKEN J., FLOQUET J. GUAZZI G.C.
Sur la signification des aspects de phlébite récidivante et granulomateuse dans les manifestations cérébrales de la maladie de Behcet.
Revue Neuro 1966, 114, 33.
- I24 - HARTEMANN P., SCHMITT J., TRIDON P., LAXENAIRE M.
A propos d'un cas de maladie de Behcet : l'uvéonévrauxite.
Revue Neurol. 1960, 102, 521.
- I25 - HATANO H. et Al.
Behcet disease.
Surg. Ther. (Osaka) 25, 217/8, Aug. 71 (Jap).
- I26 - HATANO M. et Al.
Stalic acid value in Behcet's disease.
Folia Ophtalmol. Jap. 22, 952/3, Nov. 71, (Eng. Abstr) (Jap.).

- I27 - HAYANO S. et Al.
Recent trend in Behcet's disease.
Ophtalmology (Tokyo), 10, 696/701, Oct. 68, (Jap.).
- I28 - HELD BL. et Al.
Behcet's syndrome.
Clin. Obstet. Gynecol. 15, 1017/22, Déc. 1970.
- I29 - HERRSCHAFT H.
On the participation of the central nervous system.
Deutsch Med. Wschr. 93, 1103/7, 1967.
- I30 - HEWITT J., ESCANDE J.P., LAURET PH., PERLEMUTER L.
Critères de prévision du syndrome de Behcet.
Bull. Soc. Franc. Derm. Syph. 1969, 76, 565/568.
- I31 - HEWITT J., ESCANDE J.P., MANESSE S.
Révision des critères diagnostiques du syndrome de Behcet.
Presse Médicale 1971, 79, (20), 901.
- I32 - HEWITT AB.
Behcet's disease. Alleviation of bucal and genital ulceration by an oral contraceptive agent.
Br. J. Vener. Dis. 47, 52/3, Feb. 71.
- I33 - HILLS EA.
Behcet's syndrome with aortic aneurysms.
Brit. Med. J., 4, 152-4, 28 Oct. 67.
- I34 - HIRATA A.
Clinical investigation of EOG (2). Practical application of EOG in the early diagnosis of Behcet's disease.
Folia Ophtal. Jap. 18, 841/7, Aug. 67 (Jap).
- I35 - HUBNER H.
Therapy of Gilbert-Behcet's disease.
Ber Dtsch Ophtalmol. Ges. 70, 430/4, 1970 (Ger).

- I36 - IIDA M.
Neuro Behcet's syndrome with special reference to
diagnostic problems.
Saishin Igaku 26, 474, 81, Mar 71, (Jap).
- I37 - IKUI H.
Etiology of Behcet's syndrome from the stand point of
ophthalmology.
Saishin Igaku 26, 436/44, Mar 71, Jap.
- I38 - IMAI Y.
The prognosis of Behcet's disease under long period of
observation.
Acta Soc. Ophtalmol. Jap. 74, III8/20, Sep. 70 (Jap).
- I39 - INOUE J. et Al.
The results of Inquiries about the social life of vic-
tims.
Acta Soc. Ophtalmol. Jap. 76, 619/32, Aug. 72, Jap.
- I40 - ISHINO H. et Al.
Neuro Behcet's syndrome. Case report with pathological
findings.
Folia Psychiatr. Neurol. Jap. 25, 27/36, 1971.
- I4I - ITO H. et Al.
Oral changes in Behcet's syndrome.
Saishin Igaku 26, 497/505, Mar 71 (41 références) (Jap).
- I4I - JENSEN J.
bis
Ulcers haemorrhagisk colitis kombineret med Behcet's
syndrom.
Ugesk. F. Laeger, 106, 176/179, 1944.

- I42 - JENSEN J.
Recidiverende aphtsulcerationer paa mundsl mhinden og genitalia.
Ugeskr. F. Laeger, 102, 1023/1030, 1940 (b).
Sur les ulcérations aphteuses de la muqueuse de la bouche et de la peau génitale combinées avec les symptômes oculaires.
Acta Dermat. Venereol. 22, 64/79, 1941.
- I43 - KABAT E.A.
Blood group substances. Their chemistry and immunochemistry.
New York Academic Press 1956, 330 P.
- I44 - KABIAN
Behcet's syndrome, report of twelve cases with three manifestations as papilledema.
Amer. J. Med. 1970, 49, 823.
- I45 - KANSU E. et Al.
Behcet's syndrome with obstruction of the venae cavae.
A report of 7 cases.
Q.J. Med. 41, 151, 68, Apr 72.
- I46 - KATZENELLENBOGEN I.
Survey of 22 cases of Behcet's disease. The significance of specific skin hyperactivity.
XII Congressus Internationalis Dermatologiae, Munchen, 1967, Vol. I, 321/324, 1968. Springer, Verlag, Berlin-Heidelberg.
- I47 - KAYE H.
Behcet's syndrome. A case report.
Mt Sinai J. Med. NY, 37, 683/6, Nov-Dec. 70.
- I48 - KAWAKITA H. et Al.
Neurological aspects of Behcet's disease. A case report and clinico-pathological review of the literature in Japan.
J. Neurol. Sci. 5, 417/39, Nov-Dec. 67.

- I49 - KIRK J.
Experiences in the use of fibrinolytic agents in Behcet's syndrome.
Austratas J. Dermatol. 13, 5/10, Apr. 1972.
- I50 - KLEINHANS K.
Drug therapy in Behcet's disease.
Ber Dtsch Ophtalmol. Ges. 70, 425/430, 1970 (Ger).
- I51 - KOBAYASHI Y. et Al.
Autopsy case of Neuro-Behcet's syndrome.
Jap. J. Clin. Med. 29, 1610/5, 1971 (Jap).
- I52 - KOGURE M. et Al.
Serumimmunoglobuline in Behcet's syndrome.
Acta Soc. Ophtalmol. Jap. 75, 1359/62.
- I53 - KOGURE M. et Al.
Complement titer in patient with Behcet's disease.
Acta Soc. Ophtalmol. Jap. 75, 1260/8, 1971 (Jap).
- I54 - KOGURE M.
Ophtalmologic treatment of Behcet's syndrome.
Saishin Igaku 26, 515/20, Mar 71 (57 références) (Jap).
- I55 - KOGURE M. et Al.
Observation of intracutaneous reaction in Behcet's disease, and its clinical application.
Acta Soc. Ophtalmol. Jap. 76, 65/70, Feb 72 (Eng. Abstr) (Jap).
- I56 - KOGURE M. et Al.
Fibrinolytic activity in Behcet's disease.
Acta Soc. Ophtalmol. Jap. 76, 114/121, Mar 72.
- I57 - KOGURE M. et Al.
Electron microscopic observations on the iris in Behcet's disease.
Acta Soc. Ophtalmol. 76, 633/4, Aug. 72, Jap.

- I58 - KONOMI I. et Al.
An autopsy case of neuro-Behcet's.
Folia Ophtalmol. Jap. 18, 820/9, Aug. 67.
- I59 - KUBOTA Y.
The ERG of Behcet's disease.
Folia Ophtalmol. Jap. 22, 395/8, Jun 71 (Jap).
- I60 - KUNISHI
Mycoplasma antibody in Behcet's disease.
Folia Ophtalmol. Jap. 18, 830/40, Aug. 67.
- I61 - LATTES
Behcet's disease.
Rev. Stomat. 1955, 57, 548/53.
- I62 - LAUGIER
Aphthose généralisée avec manifestations articulaires
et viscérales.
Bull. Soc. Franc. Derm. Syph. 1956, 64/463.
- I63 - LAZOVIC O. et Al.
Case of Behcet's disease.
Med. Arth. 26, 73/5, Jun 1972.
- I64 - LEHNER T.
Stimulation of lymphocyte transformation by tissues
homogenates in recurrent oral ulceration.
Immunology 1967, 13, 159/166.
- I65 - LEHNER T.
Behcet's syndrome and autoimmunity.
Brit. Med. J. I, 465/7, 25 Feb. 67.
- I66 - LEHNER T.
Characterization of mucosal antibodies in recurrent aph-
thous ulceration and Behcet's syndrome.
Arch. Oral. Biol. 14, 843/53, Jul. 69.

- I67 - LEHNER T.
Pathology of recurrent oral ulceration and oral ulceration in Behcet's syndrome : light, electron and fluorescence microscopy.
J. Path. 1969, 97, 481/494.
- I68 - LEHNER T.
Immunologic aspect of recurrent oral ulcers.
Oral Surg. 33, 80/5, Jan 72.
- I69 - LEINEKUGEL LE COCQ B.
Syndrome de Behcet. A propos d'une observation.
Thèse de Médecine. Paris 1968.
- I70 - LEMKE D.G.
Die Behcet'sche Krankheit.
Medizinische 1954, 6, 182/188.
- I71 - LEWIS PD.
Behcet's disease and carditis.
Brit. Med. Journ. 5389, 1036/7, Apr. 64.
- I72 - LOBO ANTUNE J.
Behcet's disease.
Ann. Intern. Med. 1972, 76, 332.
- I73 - LOUYOT P., GAUCHER A., MATHIEU J.
Hydarthrose intermittente du genou s'intégrant dans le cadre d'une maladie de Behcet. Guérison apparente de l'épanchement intra-articulaire par la chloroquine.
An. Med. Nancy, 1962, I, 241/249.
- I74 - LU A.T., BARASH S.
Neurological involvement in Behcet's syndrome : case report with neuropathological data and summary of reported autopsied case.
Bul. Los Angeles Neurol. Soc. 1963, 28, 85.

- I75 - MC DUFFIE F.C.
Autoantibodies in healthy subjects.
Ann. Intern. Med. 1970, 72, 596/597.
- I76 - MAC NEMENEY
Lancet, 2, 353, 1957.
- I77 - MAKENE WJ.
Behcet's syndrome with central nervous system involvement in a Tanzanian African.
E. Afr. Med. J., 46, 199/203, Apr. 69.
- I78 - MAMO JG., BAGHDASSARIAN A.
Behcet's disease.
Arch. Ophtal. 1964, 4, 71.
- I79 - MAMO JG, et Al.
Treatment of disease with chlorambucil.
Arch. Ophtalmol. 84, 446/50, Oct. 70.
- I80 - MAMO JG.
The rate of visual loss in Behcet's disease.
Arch. Ophtalmol., 84, 451/2, Oct. 70.
- I81 - MARCHI
Pulmonary manifestations of Behcet's disease.
Radiol. Med. Torino 1966, 52, 314/323.
- I82 - MARTENET A.C.
Reiter's disease, Behcet's syndrome.
Ber Dtsch. Ophtalmol. Ges. 1970, 70, 306/311.
- I83 - MARTENET A.C.
Indications de l'immunodépression cyclostatiques en ophtalmologie.
Ophtalmologica (Basel), 1972, 165/3-4, 176/183.

- I84 - MARUYAMA R. et Al.
Case of Behcet's syndrome accompanied by Budd Chiari syndrome.
Naika 19, 959, 64, May 67 (Jap).
- I85 - MASON RM. et Al.
Behcet's syndrome associated with arthritis.
Schweiz Med. Wschr. 98, 665/71, May 68 (Ger).
- I86 - MASON RM. et Al.
Behcet's syndrome with arthritis.
Ann. Rheum. Dis. 28, 95/103, Mar 69.
- I87 - MENKES C.J., MERY P., DE SAINT-MAUR et DELBARRE F.
Syndrome de Behcet et recto-colite hémorragique.
Rev. Rhum. 1970, 37, 849/852. 10 Références.
- I88 - MENON R.M., CUNLIFFE W.J., DEWAR H.A.
Preliminary report of beneficial effect of phenformin in combination with ethyloestrenol in treatment of cutaneous vasculitis and Behcet's syndrome.
Postgrad Med. J. 1969, 45, 62/66.
- I89 - MEYTHALER H.
Eye involvement in collagenoses.
Med. Welt 22, 1018/20, 30 May 70 (Ger).
- I90 - MIK Y et Al.
Cutaneous manifestations of Behcet's syndrome.
Folia Ophtalmol. Jap. 22, 898/902, Oct. 71 (Eng. Abstr) (Jap.).
- I91 - MIMURA Y.
Some problems on Behcet's disease in ophtalmology.
Folia Ophtalmol. Jap. 22, 915/21, Oct. 71 (Eng. Abstr) (Jap.).

- I92 - MIR MADJELESSI SH. et Al.
Behcet's syndrome, Crohn's disease and toxic megacolon.
Cleve Clin. Q., 39, 49/55, Spring 1972.
- I93 - MITROVIC D. et Al.
An electron microscope study of the cell occlusions of
macrophage type found in the synovial fluid during
Behcet's syndrome.
Sem. Hop. Pars 44, 2527/35, 14 Oct. 68 (Fre).
- I94 - MOHAMED MA.
Behcet's disease. Report of a typical case with fol-
low up to 10 years.
Bull. Ophtalmol. Soc. Egypt. 63, 201/6, 1970.
- I95 - MONACELLI M.
The aphtoses.
Minerva Med. 1958, 1032/6, 24 Mars 1967 (It).
- I96 - MONACELLI M. et NAZARRO P.
Le syndrome de Behcet.
Symposium de Rome, 7 Décembre 1964, 1 vol. Bâle-New-York,
S. Karger Ed. 1966.
- I97 - MORGENSTERN NL et Al.
Thymic Hyperplasia in Behcet's syndrome.
Lancet I, 482, Mar 73.
- I98 - MORTADA A., EL-HIFNAWI H.
Behcet's disease.
Bull. Ophtal. Soc. Egypt. 59, 336, 1966.
- I99 - MORTADA A., IMAN I.Z.E.
Virus aetiology of Behcet's syndrome.
Brit. J. Ophtal. 1964, 48, 250.
- 200 - MOSLICHUK F.
2 cases of Behcet's syndrome.
Klin. Med. (Mosk) 48, 129/30, Jul 70 (Rus).

- 201 - MOUNSEY JPD.
Clinicopathological conference on a case of Behcet's
disease.
Brit. Med. J. I, 359, 1965.
- 202 - MOWAT AG. et Al.
Gangrene in Behcet's syndrome.
Brit. Med. J. 2, 636, 7 Jun 69.
- 203 - NAGASU
Un cas de syndrome de Behcet avec perforations aiguës
du jéjunum.
Surg. Diag. Treat. (Jap) 3, 679, 1961.
- 204 - NALLY FF.
Behcet's syndrome with autoimmune findings. Report
of a case.
Oral Surg. 25, 357/65, Mar 68.
- 205 - NASH F.W.
Les manifestations articulaires de la maladie de Behcet.
Rev. Rhum. 1969, 36, 81/83.
- 206 - NATAF R., LEPINE P. et BONAMOUR G.
Oeil et virus.
Oeil et virus, P. 915/953, Masson Edit. Paris 1960.
- 207 - NAZZARO P., DI CARLO A., NAZZARO-PORRO M.
Le alterazioni venose ed arteriose nella malattia di
Behcet.
Boll. Dell. Ist. Derm. Sn Gall. 1971, 7, 45/46.
- 208 - NAZZARRO P.
Cutaneous manifestation of Behcet's disease.
In Symposium on Behcet's disease, Rome 1964, PP. 15/41,
Edited by M. MONACELLI, P. NAZZARRO, S. KARGER, A.G. BASEL
1966.

- 209 - NESTOR G.
Behcet's disease with renal involvement (with reference to three anatomico-clinical cases).
Rome Med. Rev. 14, 27/32, 1970.
- 210 - NILLSON J.M., ISACSON S.
New aspects of the pathogenesis of thrombo-embolism.
Prog. Surg. 1973, 11, 46/48.
- 211 - NISHIYAMA S.
Histopathogenesis of Behcet's syndrome.
Saishin Igaku 26, 445/50, Mar 71 (Jap).
- 212 - NISHIYAMA S.
Dermatological therapy of Behcet's syndrome.
Saishin Igaku 26, 521/4, Mar 71 (Jap).
- 213 - NITTA Y. et Al.
Conditions and prognosis of 6 cases of Behcet's disease.
Jap. J. Clin. Med. 30, 1560/7, Jul. 72 (Jap).
- 214 - NOAGHEA G. et Al.
Contribution to the aetiology of Behcet's disease.
Rhum. Med. Rev. 21, 57/63, Jan-Mar 67.
- 215 - NOYAN B. et Al.
Inoculation of cerebrospinal fluid of a neuro-behcet-patient into mice.
Acta Neuropath. (Berlin), 12, 195/9, 31 Jan 69.
- 216 - O'DUFFY J.D. et Al.
Behcet's disease. Report of 10 cases, 3 with new manifestations.
Ann. Intern. Med. 75, 561/70, Oct. 71.
- 217 - O'DUFFY J.D.
Behcet's disease (letter to the editor).
Ann. Intern. Med. 1972, 76, 333.

- 218 - OFFRET G.
Table ronde sur les immunodépresseurs en ophtalmologie.
Arch. Ophtal. Paris, 1972, 32/1, 75/100.
- 219 - ONO
Surg. Geka, 24/825, 1962.
- 220 - ONO et Al.
Studies on blood type in Behcet's disease.
Acta Soc. Ophtalmol. 76, 458/62, Jul. 72 (Jap).
- 221 - OSHIMA, SHIMIZU et Al.
Clinical studies on Behcet's syndrome.
Ann. Rheum. Dis, 22, 36, 1963.
- 222 - OSHIMA Y., SHIMIZU T., YAKOBARI R. et MATSUMOTO T.
Etude clinique sur 100 cas de syndrome de Behcet.
Médecine (Naïka) 1962, 9, 7 ol.
- 223 - OSHIMA Y.
Autoimmunity in Behcet's syndrome.
Jap. J. Clin. Med. 26, 1020/4, Apr 68 (Jap).
- 224 - PARKMAN F., ATWATER EC.
The lifelong sickness of Francis Parkman.
Bull. Hist. Med. 41, 413/39, Sept-Oct. 67.
- 225 - PASHKOVSKAIA IV.
Behcet's syndrome with a severe course and a outcome
of blindness.
Oftalmol. Zh 26, 549/50, 1971.
- 226 - PAYAN TOGA
Etude anatomique d'un cas de maladie de Behcet.
Arch. Ana. Path. 1967, 15, 8/13.
- 227 - PEIRONET X.
Etude générale des manifestations articulaires du syndrome de Beycet. A propos d'un cas.
Thèse Med. Paris, Mai 1965.

- 228 - PERLEMUTER L.
Etude du syndrome de Behcet, maladie polysystémique.
(A propos d'un cas personnel).
Thèse Méd. Paris 1968, N° 776, Paris A.G.E.M.P. 1969,
100 P.
- 229 - PELTIER A., AMOR B., KRASSININE G.
Les modifications du liquide synovial au cours des rhumatismes inflammatoires : description et valeur diagnostique.
Gaz. Med. France 1969, 76, 3471/3476.
- 230 - PELTIER A., COSTE F., DELBARRE F.
Etude sur le complément hémolytique dans certaines maladies ostéoarticulaires. Résultats d'ensemble.
Press. Med. 1966, 74, 1523/1528.
- 231 - PERSICO L.
Rheumatic manifestations of Behcet's disease.
Minerva Med. 60, 700-4, 24 Feb 69 (Ital).
- 232 - PHILLIPS D.L. et SCOTT J.S.
Recurrent genital and oral ulceration with associated eye lesions.
Lancet I, 366/371, 1955.
- 233 - PIMOUGUET Cl., DEHAIS J. et DAVID-CHAUSSE J.
Les manifestations articulaires de la maladie de Behcet.
Bordeaux Med. 1971, 4, (1), 123/164, 139 références.
- 234 - PRICE CA.
Behcet's syndrome, a distressing, intriguing malady.
J. Roy. Coll. Gen. Pract. 18, 38/45, Jul. 69.
- 235 - RAMSAY CA.
Behcet's syndrome with large bowel involvement.
Proc. Roy. Soc. Med. 60, 185/7, Feb. 67.

- 236 - RIEHL J.L., ANDREWS J.M.
The uveomeningo encephalitic syndrom.
Neurology, 1966, 16, 603.
- 237 - ROBINSON MC CRUMB
Comparative analysis of muco cutaneo ocular syndromes :
report of II cases and review of litterature.
Arch. Dermat. et Syph. 1950, 539, 560.
- 238 - ROSSELET E. et Al.
Effects of azathioprine ("Imuran") in Behcet's disease.
Preliminary therapeutic results.
Ophtalmologica (Basel) 156, 218/26, 1968 (Fre).
- 239 --ROSSELET E. et CERULLI L.
Discussion du rapport:l'uvéïte.
Phénomènes immunologiques et allergiques.
Bull. et Mem. Soc. Fr. Ophtal. 1970, 83, 32/35 et 38/40.
- 240 - ROSSELET G.
Eales's disease : maladie ou syndrome.
Progrès Ophtal. Bâle 1970, 23, 273/310.
- 241 - ROSENTHAL T. et Al.
Occlusion of the great veins in the Behcet's syndrome.
Antiology, 23, 600/5, Nov. 1972.
- 242 - ROSSOCHOWITZ W. et Al.
Adamantiades-Behcet's syndrome.
Klin. Monatsbi Augenheilkd 157, 414/9, Sept. 70 (Ger).
- 243 - SADKIEWICZ S. et Al.
Behcet's syndrome in a 28 years old man.
Reutomalogia 9, 91/6, 1971.
- 244 - SAITO T. et Al.
Auto-immune mechanisma as a probable aetiology of Behcet.
Virchows Arch. (Pathol. Anat.) 353, 261/72, 1971.

- 245 - SAKURAI M. et Al.
Behcet disease with a view of vascular pathology.
Folia Ophthalmol. Jap. 22, 903/6, Oct. 71 Eng. Abstr.
(Jap).
- 246 - SCHOTLAND D.L., WOLF S.N., WHITE H.H., DUBLIN H.
Neurologic aspects of Behcet's disease.
Amer. J. Med. 1963, 34, 544.
- 247 - SCHUTYSER J. et Al.
Behcet's syndrome.
Ned. Tydschr Geneeskde 116, 1272/8, Jul 1972.
- 248 - SCOTT D.
Mucocutaneous-ocular syndrome (Behcet's syndrome), with
meningoencephalitis.
Acta Med. Scandinav. 161, 397/400, 1958.
- 249 - SEKINE T. et Al.
Case of Behcet's syndrome with recurrent ileal ulcer
succesfull treated by secondary surgery.
Surg. Ther. (Osaka) 25, 590/6, Nov. 71.
- 250 - SEZER N.
Isolation of virus as cause of Behcet's disease.
Amer. J. Ophthal. 36, 301, 1953.
- 251 - SEZER N.
Further investigations on virus of Behcet's disease.
Amer. J. Oph. 41, 41, 1956.
- 252 - SHIGEAKI OHNO, KOZI AOKI, SEIJI SUGIURA, EILICHI
NAKAYAMA, KATSUAKI ITAKURA, MIKI AIZAWA
HL-A5 and Behcet's disease.
Lancet, 1973, 2, 1383.

- 253 - SHIKANO S.
Ocular pathology of Behcet's syndrome.
In Symposium on Behcet's disease, Rome 1964, PP.
III/I36, ed. by M. Monacelli, P. Nazarro, S. Karger;
A.G. Basel, 1966.
- 254 - SHIKANO S. et Al.
Ophtalmology and Behcet's disease....its therapy and
prognosis.
Jap. J. Clin. Med. 26, 31/7, Jan 68 (Jap).
- 255 - SHIKANO S.
Nature of inflammation in Behcet syndrome.
Acta Soc. Ophtalmol. Jap. 75, 85/93, 20 Jan 71 (Jap).
- 256 - SHIKANO S.
Treatment of Behcet's syndrome-summary.
Saishin Igaku 26, 525/7, Mar 71 (Jap).
- 257 - SHIKANO S.
Review on Behcet's syndrome.
Saishin Igaku 26, 424/7, Mar 71.
- 258 - SHIMIZU T. et Al.
Behcet's syndrome with special reference to neuro-
Behcet's syndrome.
Naika 20, 1092/103, Dec. 67.
- 259 - SHIMIZU T. et Al.
Clinical picture and pathogenesis of Behcet syndrome.
On the basis of clinical observations of 207 cases and
experimental studies.
Jap. J. Clin. Med. 26, 2/17, Jan 68 (Jap).
- 260 - SHIMIZU T. et Al.
Neuro-Behcet's syndrome with emphasis on the study of
18 cases.
Jap. J. Clin. Med. 26, 18/30, Jan 68 (Jap).

- 261 - SHIMIZU K. et Al.
Fluorescein fundus angiography in Behcet's syndrome.
Acta Soc. Ophtalmol. Jap. 74, 1432/48, Oct. 70 (Jap).
- 262 - SHIMIZU T. et Al.
Behcet's syndrome.
Naika 27, 520/1, Mar 71 (Jap).
- 263 - SHIMIZU T. et Al.
Epidemiology and the present status of Behcet's syndrome.
Saishin Igaku 26, 451/7, Mar 71 (Jap).
- 264 - SHIMIZU T. et Al.
Pathogenesis of Behcet's syndrome.
Saishin Igaku 26, 428/35, Mar 71 (53 ref.) (Jap).
- 265 - SHIMIZU T. et Al.
Behcet's disease from the stand point of internal medicine.
Saishin Igaku 26, 465/73, Mar 71 (Jap).
- 266 - SHIMIZU T.
Behcet's disease.
Naika 27, 1497/503, Jun 71 (Jap).
- 267 - SHIMIZU T.
Clinical and immunological studies on Behcet's syndrome.
Folia Ophtalmol. Jap. 22, 801/10, Oct 71, (Eng. Abstr.)
(Jap).
- 268 - SHIMIZU et Al.
Neuro-Behcet's syndrome.
Naika 28, 475/84, 1971 (16 ref.) (Jap).
- 269 - SHIMIZU T. et Al.
Behcet's disease.
Jap. J. Clin. Med. 30, 416/20, Jan 1972.

- 270 - SHIMIZU K.
Fluorescein fundus angiography in Behcet's syndrome.
Mod. Probl. Ophtalmol. 10, 224/8, 1972.
- 271 - SHINADA K. et Al.
Chemotactic activity for polymorphonuclear leucocytes
of the aqueous humor in patients with Behcet's disease.
Acta Soc. Ophtal. Jap. 75, 2100/5, Oct. 71.
- 272 - SIGEL N. et Al.
Behcet's syndrome. A case with benign pericarditis
and recurrent neurologic involvement treatment with
adrenal steroids.
Arch. Intern. Med. (Chicago) 115, 203/7, Fev. 65.
- 273 - SMITH RB. et Al.
Brit. Med. J. 2, 220/1, Apr 67.
- 274 - SMITH B.E., KIME L.R., PITCHER J.L.
The colitis of Behcet's disease : a separate entity ?
colonoscopic findings and literature review.
Am. J. Dig. Dis. 1973, 18, 987/1000.
- 275 - SOMEKURA
Geka Chiryo 9, 472, 1963.
- 276 - STEELE PP., WEILHY H.S., GENTON E.
Platelet Survival and Adhesiveness in Recurrent Venous
Thrombosis.
New E.J. Med. 1973, 288, 1148/1152.
- 277 - STEFANI FH. et Al.
Contribution to the neuropathology of Behcet's disease.
Autopsy findings in a child.
Arch. Psychiatr. Nervenkr. 214, 80/96, 1971 (Ger).

- 278 - STRACHAN R.W., WIGZELL F.W.
Polyarthrititis in Behcet's multiple symptome complex.
Ann. Rheum. Dis. 1963, 22, 26/35.
- 279 - STROUTH J.C., DYKEN M.
Encephalopathy of Behcet's disease. Report of a case.
Neurol. Psych. Belgica, 1957, 57, 599.
- 280 - STUART C.B., HARGRAEVES G.K.
Behcet's syndrom with neurological involvement.
Brit. J. Derm. 1959, 71, 400.
- 281 - STUCCHI
Manifestations atypiques du syndrome de Behcet.
Ophtalmologica (Basel) 135, 573, 1958.
- 282 - SUCHENWIRTH R. et Al.
Behcet's meningomyelitis associated with Brown-Sequard's
syndrome of the A. sulcocomissuralis.
Deutsch Z. Nervenheilk 193, 256/64, 1968, (Ger).
- 283 - SUGIHARA H. et Al.
Neuro-Behcet's syndrome : report of two autopsy cases.
Acta Path. Jap. 19, 95/101, Feb. 69.
- 284 - SUGIHARA H. et Al.
Neuro-Behcet's syndrome : Report of an autopsy case.
Acta Path. Jap. 21, 563/2, Nov. 71.
- 285 - SUGIURA S. et Al.
Serum antibodies to various pathogenic agents and lymphocytic transformation in Behcet's disease.
Acta Soc. Ophtalmol. 76, 635/41. Aug. 72, (Jap).
- 286 - SUGIURA S. et Al.
Ocular manifestations of Behcet's disease.
Saishin Igaku 26, 482/8, Mar 71 (Jap).

- 287 - SZENDROI M. et Al.
A case of Necrotizing meningoencephalitis in Behcet's disease.
Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. (Leipz), 23, 537/45
Sept. 1971.
- 288 - TAGAMI H. et Al.
Unusual case of malignant pharyngeal granuloma with
symptoms resembling Behcet's syndrome.
Acta Dermatol. Kyoto, 65, 253/61, Nov. 70 (Jap).
- 289 - TAKANASHI H.
Prognosis in Behcet's disease.
Ophthalmology (Tokyo) 9, 426/32, Jun 67 (Jap).
- 290 - TANAKA I.
Rehabilitation in Behcet's syndrome.
Saishin Igaku 26, 528/35, Mar 71 (Jap).
- 291 - TANGOR A. et Al.
Spinal cord localization of Behcet's disease (report
of a case).
Tip Fak Mecm 32, 694/701, 1969 (Tur).
- 292 - TEMINE P., BERARD P., PRIVAT Y., ODDOZE L., MARCHAND J.P.
Syndrome de Behcet traité par Chlorambucil.
Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie
Filiale Marseillaise, 25 Janvier 1969.
In : Bull. Soc. Fr. Dermatol. Syphil. 1969, 76 (3)
433/434.
- 293 - TEMINE P., PRIVAT Y., TEMINE M. et MARCHAND J.P.
Action remarquable d'un immunodépresseur dans un cas
de maladie de Behcet.
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1970, 77, 414.
- 294 - TEMINE P., PRIVAT Y., TASSO F.
Syndrome de Behcet.
Bul. Soc. Fr. Derm. Syph. 1963, 70, 646/654.

- 295 - TETINA GF.
Behcet's syndrome.
Oftalmol. Zh. 27, 223/4, 1972.
- 296 - THILGES V. et Al.
Behcet's disease.
Bull. Soc. Sci. Med. Grand Duché Luxemb. 105, 37/49,
Nov. 68, (Fre).
- 297 - THOMANN H. et Al.
Observations of immunosuppressive therapy of chronic
eye inflammations.
Ber Dtsch Ophtalmol. Ges. 70, 176/9, 1970 (Ger).
- 298 - THOMAS EWP.
So called triple symptome complex of Behcet.
Brit. Med. J. 1967, I, 14.
- 299 - TOKUDA H. et Al.
Study on paspat reaction ERG and fluorometry in the
diagnosis and prognosis of Behcet's syndrome.
Folia Ophtal. Jap. 18, 950/7, Sept. 67 (Jap).
- 300 - TOTSUKA S. et Al.
Chronic disseminated encephalomyelitis in Behcet's di-
sease.
A contribution to neuropathology from 2 autopsy cases
of so-called "neuro-Behcet's syndrome".
Advances Neurol. Sci. (Tokyo) 12, 1029/45, Dec. 68 (Jap).
- 301 - TOTSUKA S. et Al.
Neurological studies on neuro-Behcet's syndrome.
Adv. Neurol. Sci. (Tokyo) 16, 471/6, Jun 1972.
- 302 - TOURAINÉ
L'aphtose.
La Presse Médicale 1941, 28, 571/573.
L'aphtose, données récentes et synthèse.
La Presse Médicale, 1955, 63, 1493/1495.

- 303 - TSUKAYA
Newest, Medecine, 19, 1533, 1964.
- 304 - TURNER M.B.
Anaesthetic difficulties associated with Behcet's
syndrome. Case a report.
Brit. J. Anaesth. 1972, 44, 100/102, Janvier.
- 305 - VERJAAL A.
Clinical demonstration.
Ned Tijdschr Geneesk 116, 1031/2, Jun 1972.
- 306 - VICKEN V., KALVIAN DTM., MARGARET MD, CHALLIS T.
Behcet's disease. Report of 12 cases with 3 manifes-
ting as papilledema.
Amer. J. Med. 1970, 49, 823/829.
- 307 - VISSICIAN L., DERATO J., COMMANDRE F.
Aphthose avec manifestations articulaires prédominantes.
Bull. Soc. Franç. Derm. Syph. 1966, 73, 900/901.
- 308 - WADIAN N., WILLIAMS E.
Behcet's syndrom with neurological complications.
Brain, 1957, 80/59.
- 309 - WAREMBOURG H., FOSSATI P., JAILLARD J.
Un cas d'aphthose généralisée avec localisation méningo-
encéphalitique.
Lille Med. 1961, 6, 220.
- 310 - WHITTY C.W.M.
Neurologic implications of Behcet's syndrome.
Neurology 1958, 8, 369.
- 311 - WELFLING J., SIMONIN J.L., ERARD H., DE SEZE S.
Syndrome de Behcet et spondylarthrite ankylosante.
Rev. Rhum. 1966, 33, 575/578.

- 312 - WIEBECKE I.
Problems of diagnosis and therapy of Hulusi Behcet's
disease involving the eye.
Med. Mschr 21, 82/6, Feb. 67 (Ger).
- 313 - WILLIAMS R.T.
Case of Behcet's syndrome with neurological involvement.
Brit. Med. J. 1958, I, 384.
- 314 - WERNER B.
The clinical picture of Behcet's disease in Japan.
Med. Mschr 21, 78/82, Feb. 67, (Ger).
- 315 - WOLF S.M., SCHOTLAND D.L., PHILLIPS L.L.
Involvement of Neuro-system in Behcet's syndrome.
Arch. Neurol. 1965, 12, 315.
- 316 - WOMACK CR. and RANDALL C.
Erythema exudativum multiforme. Its association with
viral infections.
Am. J. Med. 1953, 15, 633/644.
- 317 - WONG V.G.
Immunosuppressive therapy of ocular inflammatory di-
seases.
Arch. Ophtalmol. 1969, 81, 628/637.
- 318 - X...
Qu'est-ce que la maladie de Behcet ?
Concours Médic. 1969, 91, (13), 2737.
- 319 - X...
Behcet's syndrome.
Arthritis Rheum. 1970, 13, 511/512, Sept. Oct.
- 320 - YAMAMOTO K.
Therapeutic aspects of Behcet's syndrome.
Saishin Igaku 26, 506/14, Mar 71 (30 ref.) (Jap).

321 - YASHIMOTO Y.

Clinical studies on neuroBehcet's syndrom with special references to neuro otological observations.

Jap. J. Clin. Med. 29, 1928/38, Aug. 1971.

322 - YOSHIKA H.

Clinical study on macular holes, A macular hole following uveitis.

Folia Ophtal. Jap. 18, 887/95, Aug. 67 (Jap).

- o - o - o - o - o -

"Par délibération de son conseil en date du 10 novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs".

VU, le Président de Thèse,

VU, le Doyen de la Faculté,

VU, et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université en date
du 14 Décembre 1973,

Le Président de l'Université de CAEN,

